

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ – SESTRINSTVO

KAHRIMANOVIĆ IRMA
KVALITETA ŽIVOTA PACIJENTA S UROSTOMOM
Završni rad

Rijeka, rujan 2019.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE STUDY OF NURSING

KAHRIMANOVIĆ IRMA

QUALITY OF LIFE OF A PATIENT WITH UROSTOMY

Final work

Rijeka, september 2019.

Mentor rada: VESNA ČAČIĆ, prof. rehab., bacc. med. sestr.

Pregledni rad obranjen je dana _____ u/na _____,

pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	
Studij	PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ - SESTRINSTVO
Vrsta studentskog rada	ZAVRŠNI RAD
Ime i prezime studenta	IRMA KAHRIMANOVIĆ
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	KVALITETA ŽIVOTA PACIJENTA S UROSTOMOM
Ime i prezime mentora	VESNA ČAČIĆ
Datum predaje rada	5.09.2019.
Identifikacijski br. podneska	1168099059
Datum provjere rada	6.09.2019.
Ime datoteke	
Veličina datoteke	1.29 M
Broj znakova	
Broj riječi	7 556
Broj stranica	39

Podudarnost studentskog rada:

PODUDARNOST	
Ukupno	9%
Izvori s interneta	7 %
Publikacije	
Studentski radovi	5 %

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	6.09.2019.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

9.09.2019.

Potpis mentora

Vesna Čačić,prof.

Zahvale

Veliku zahvalost, prvenstveno, dugujem svojoj mentorici Vesni Čačić, , prof. rehab., bacc. med. sestr. na njevoj stručnosti i strpljenju te savjetima za izradu ovog završnog rada.

Također zahvaljujem se svojim prijateljima i kolegama na ohrabrujućim gestama, a posebno mom partneru koji je imao razumjevanja i strpljenja za mnoštvo vremena i truda koje sam uložila za izradu rada.

Velika hvala mojoj obitelji, posebno roditeljima, koji su me tijekom cijelog školovanja podržali i samim time me potaknuli na mnoge dobre stvari koje su učinjene za ovo što ću postati.

Ovaj rad posvećujem svom prvom radnom mjestu Klinici za urologiju, KBC Rijeka, lokalitet Sušak, gdje sam se prvi put susrela sa samostalnim radom i gdje sam upoznala sebe i svoje mogućnosti.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. ANATOMIJA MOKRAĆNOG SUSTAVA.....	2
3. TUMORI MOKRAĆNOG MJEHURA.....	6
3.1. Metode operativnog liječenja karcinoma mokraćnog mjehura	8
4. UROSTOMA ILI URETEROILEOSTOMIJA.....	9
4.1. Rane i kasne poslijeoperacijske komplikacije.....	11
4.2. Pomagala za urostomu	14
4.3. Njega urostome	15
4.4. Edukacija pacijenta i obitelji o njezi urostome	16
5. KVALITETA ŽIVOTA PACIJENTA SA UROSTOMOM.....	18
5.1. Prehrana.....	19
5.2. Spavanje	21
5.3. Radni odnos.....	22
5.4. Svakodnevne aktivnosti.....	23
5.5. Ljubavni odnosi.....	23
5.6. Udruge pacijenata sa stomom	24
6. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U POBOLJŠANJU KVALITETE ŽIVOTA PACIJENTA SA UROSTOMOM	25
7. ZAKLJUČAK	26
8. LITERATURA	27
9. PRILOZI	29
10. ŽIVOTOPIS	30

Sažetak

Tumori označavaju rast i razmnožavanje abnormalnih stanica unutar nekog tkiva. Tumori mogu biti maligni (zloćudni) ili benigni (dobroćudni). Od tumora mokraćnog mjehura češće obolijevaju muškarci nego žene. Važan utjecaj za nastanak tumora mokraćnog mjehura imaju razni faktori rizika i genetska predispozicija. Najčešći simptom koji ukazuje na tumor mokraćnog mjehura je hematurija (mikrohaturija ili makrohaturija). Kod negativnog nalaza urinokulture, pacijent se podvrgava cistoskopiji kako bi se potvrdilo ili osporilo postojanje tumora u mokraćnom mjehuru. Ako je nalaz pozitivan, tumor se klasificira po TNM klasifikaciji tumora mokraćnog mjehura koja će biti objašnjena u razradi teme ovog rada. Maligni tumori mokraćnog mjehura se liječe na razne načine, a jedan od njih je rekonstrukcija mokraćnih puteva po *Brickeru* nakon čega pacijenti dobiju ureterostomiju ili, kraće, urostomu. Urostoma je izveden dio tankog crijeva na stijenku trbuha, u koji se ulijeva urin iz uretera, u svrhu derivacije urina. Mnoga istraživanja su dokazala i prednosti i mane ove metode operativnog liječenja tumora mokraćnog mjehura. Urostoma znači i novi način života nakon čega je pacijentova kvaliteta života upitna. Neizbježna je promjena stila života i to ima najveći utjecaj na svaku osobu, pogotovo na osobe koje najčešće obolijevaju od tumora mokraćnog mjehura, a to su stariji od 65 godina. Nakon toliko godina nije lako promijeniti stil života, pogotovo nakon iscrpljujuće operacije u tim godinama. Pacijentu je važno objasniti kako se smije hraniti, što smije fizički raditi, a što ne i poticati ga da se što prije vrati svojim svakodnevnim aktivnostima i hobijima. Mlade osobe koje dobiju urostomu je važno educirati o mogućnosti trudnoće i začeća, ali uz nadzor i savjetovanje liječnika. Veliku ulogu u poboljšanju kvalitete života ima medicinska sestra koja svojim znanjem i vještinama pacijenta usmjerava kako se vratiti u svakodnevni život sa promjenom stila življenja edukacijom i davanjem informacija o pravima pacijenta sa urostomom.

Ključne riječi: hematurija, kvaliteta života, tumor mokraćnog mjehura, urostoma

Abstract

Tumors indicate the growth and multiplication of abnormal cells within a tissue. Tumors can be malignant or benign. Bladder tumors are more common in men than women. Various risk factors and genetic predisposition have an important influence on the formation of bladder tumors. The most common symptoms that indicate a bladder tumor is hematuria (microhematuria or macrohematuria). In the case of a negative urine culture, the patient underwent cystoscopy to confirm or challenge the existence of tumors in the bladder. If positive, the tumor will be classified by TNM, and the classification of bladder tumors will be published in the elaboration of the topics of this paper. Malignant bladder tumors adhere in different ways, one of them being reconstruction of the urinary tract by Bricker after patients have received a urethrostomy or, shorter, an urostomy. In that case, a portion of the small intestine on the abdominal wall, in which urine is poured from the ureter, is performed for the purpose of urine output. Many studies have proven both the advantages and disadvantages of this method of surgical treatment of bladder tumors. Urostomy also means a new way of life after the patient's quality of life is questionable. It is inevitable that lifestyle changes will have the greatest impact on every person, especially people with bladder tumors who are over 65 years of age. It's not easy to change your lifestyle after so many years, especially after exhausting surgery over time. It is important for the patient to explain what to eat, what to do physically, and what not and encourage him to return to his daily activities and hobbies. It is important to educate young people about the possibility of pregnancy but with the supervision and advice of a doctor. A nurse plays a major role in improving the quality of life, which focuses on the importance of returning to daily life with changing educational lifestyles and providing information on the rights of the patient with urostomy.

Keywords: hematuria, quality of life, bladder tumor, urostomy

1. UVOD

Tumori su definirani kao izrasline koje nastaju radi nekontroliranog rasta nekog tkiva. Danas su tumori veliki javnozdravstveni problem radi sve veće pojavnosti tumora kod ljudi svih dobnih skupina, na čije se liječenje troše veliki novci što sa strane tretiranja tumora, što sve veće potrebitosti medicinskog osoblja. Republika Hrvatska postaje zemlja sa sve više osoba starijih od 60 godina te samim time i postaje zemlja sa sve više bolesnih stanovnika koji boluju od kroničnih bolesti. U Hrvatskoj tumor predstavlja drugi po redu najčešći uzrok smrti.

Najčešći tumor mokraćnih puteva je tumor mokraćnog mjehura, a čini 2% malignih tumora. Oko 95% tumora mokraćnog mjehura je tumor prijelaznog epitela te samim time je najčešća maligna bolest. Tumor mokraćnog mjehura je 3 puta češći kod muškaraca nego kod žena, a incidencija tumora se povećava zajedno s dobi. Najčešće se šire invazijom kroz sluznicu mokraćnog mjehura, a nakon toga limfnim putevima u zdjelčne limfne čvorove. Krvlju se širi prema jetri u više od 35% slučajeva, prema plućima oko 35%, kostima, crijevima, nadbubrežnoj žlijezdi (18).

Kod invazije tumora u sluznicu mokraćnog mjehura i limfogenog širenja tumora, pacijent se podvrgava radikalnoj operaciji. Najčešće je to cistektomija sa rekonstrukcijom mokraćnih puteva. U ovom radu će detaljno biti objašnjena rekonstrukcijska metoda operativnog liječenja tumora mokraćnog mjehura po Brickeru koja je kroz mnoga istraživanja podržana, ali i osporena radi svojih negativnih strana. Nakon operativnog zahvata po Brickeru, pacijent svoj život nastavlja sa urostomom, tankim crijevom izvedenim na stijenku trbuha u koji se ulijeva urin iz uretera. Urostoma samim svojim položajem i činjenicom da na stijenci trbuha pacijent mora nositi vrećicu do kraja života, uvelike utječe na čovjekovu kvalitetu života. Ona je nakon dijagnoze tumora, još jedan "udar" na čovjekov ego, samopoštovanje i samopouzdanje. Uloga liječnika i medicinske sestre u brizi o takvom pacijentu je kvalitetna informiranost i edukacija o urostomi i daljnjem stilu života. Kvaliteta života ovisi o pacijentu, a ponajviše o znanju i vještinama medicinskog osoblja koje će pacijenta uputiti u život sa urostomom.

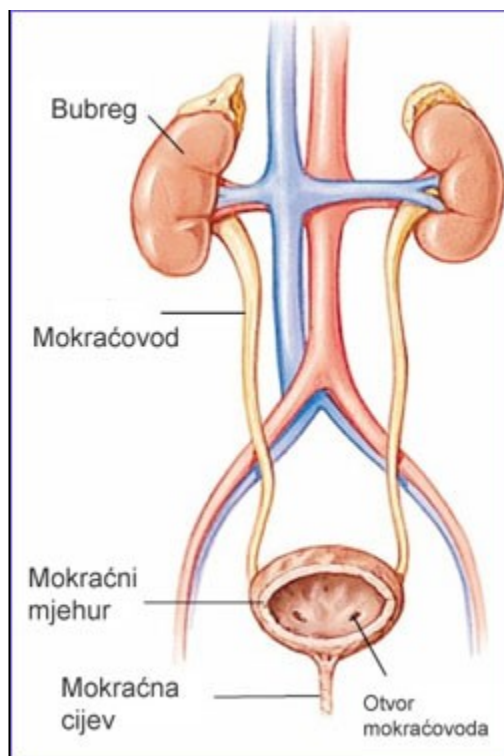
2. ANATOMIJA MOKRAĆNOG SUSTAVA

Mokraćni sustav izgrađuju: 1. bubreg ili *ren* (lat.)

2. mokraćovod ili *ureter* (lat.)

3. mokraćni mjehur ili *vesica urinaria* (lat.)

4. mokraćna cijev ili *urethra* (lat.) (1)



Slika 1. Anatomija mokraćnog sustava

Izvor: <http://www.d-manoza.com>

Bubrezi su parni organi koji imaju egzokrinu funkciju¹ izlučivanja mokraće ili urina te tako iz tijela odstranjuju toksine i reguliraju volumen tekućine u organizmu. Nalaze se u trbušnoj šupljini, u retroperitonealnom prostoru, položeni na mišiće stražnje trbušne stijenke sa obje strane torakolumbalnog dijela kralježnice (1).

Oni oblikom podsjećaju na zrno graha i crvenkasto-smeđe su boje. Na njihovoj medijalnoj strani se nalazi ulegnuće koje se naziva bubrežni hilus ili *hilus renale (lat.)* kroz koji u bubreg ulaze i izlaze bubrežna arterija i bubrežne vene. Bubreg se dijeli na gornji i donji pol. Na gornjim polovima su smještene nadbubrežne žlijezde ili *glandulae suprarenales (lat.)* koje imaju endokrinu funkciju² lučenja hormona.

Bubreg se nalazi u sloju masnog tkiva kojeg nazivamo *capsula adiposa (lat.)*, a tkivo bubrega prekriva vezivna ovojnica tj. bubrežna čahura ili *capsula fibrosa (lat.)*. Unutrašnjost bubrega se dijeli na 3 područja: bubrežna kora ili *cortex renalis (lat.)*, bubrežna srž ili *medulla renalis (lat.)* i bubrežna zdjelica ili *pelvis renalis (lat.)*. Bubrežna srž je podijeljena na 8 do 15 bubrežnih piramida čiji su vrhovi usmjereni prema hilusu bubrega, a vrhovi piramida se izbočuju u bubrežnu zdjelicu (bubrežne papile) na kojima se nalaze otvori kroz koje se urin ulijeva u bubrežnu zdjelicu koja se svojim oblikom lijevka nastavlja u mokraćovod (1).

Nefron je osnovna anatomska i funkcionalna jedinica bubrega koja stvara urin (1). U bubregu ih ima preko milijun.

Nefron se dijeli na 2 glavna dijela: 1. bubrežno, Malpighijevo tjelešce koje tvore glomerul i

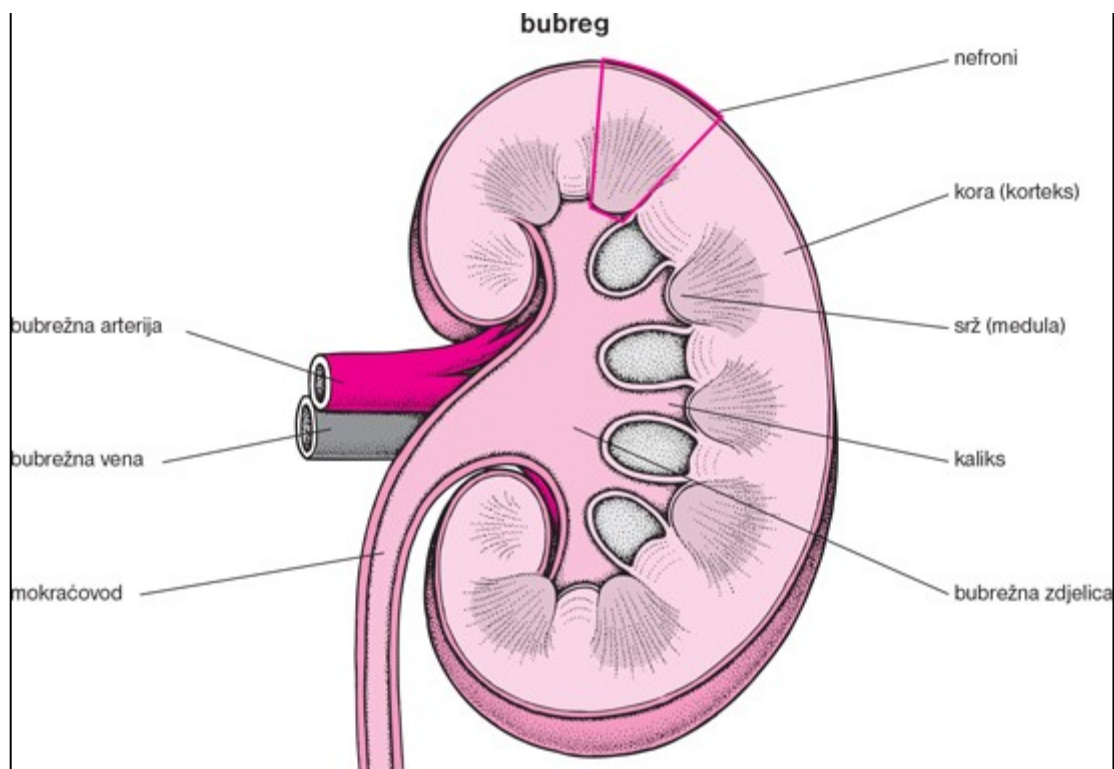
Bowmanova čahura

2. bubrežni kanalić (1)

Glomerul je nakupina kapilara koje obavija Bowmanova čahura. Bowmanova čahura je „slijepi početak“ bubrežnog kanalića koji se sastoji od proksimalnog zavinutog kanalića, Henleove petlje u obliku slova U i distalnog zavinutog kanalića (1).

¹ Izlučivanje proizvedene tvari izvan tijela ili u šupljine koje su povezane sa vanjskim prostorom

² Proizvodnja hormona koji se luče u krv ili limfni sustav



Slika 2. Anatomija bubrega

Izvor: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr>

Bubreg ima **određenu ulogu i funkciju** u organizmu, a to su:

1. Uklanjanje štetnih tvari iz organizma (urea, kreatinin, mokraćna kiselina)
2. Održavanje normalnog volumena tjelesnih tekućina
3. Održavanje acido-bazne ravnoteže
4. Održava normalnu koncentraciju elektrolita u tjelesnim tekućinama
5. Stvara hormone (eritropoetin i renin)
6. Djeluje na arterijski krvni tlak

Stvaranje mokraće se dijeli u 3 faze: 1. glomerularna filtracija

2. tubularna reapsorpcija

3. tubularna sekrecija (1)

Tijekom **glomerularne filtracije** dolazi do filtriranja krvi kroz stijenke kapilara glomerula nakon čega nastaje glomerularni filtrat (primarna mokraća). Svake minute zdravi bubrezi filtriraju oko 120ml primarne mokraće. 99% primarnog urina se reapsorbira u fazi **tubularne reapsorpcije** iz bubrežnih kanalića u peritubularne kapilare na nivou proksimalnih kanalića i Henleove petlje, preostala mokraća odlazi u distalne kanaliće. U **tubularnoj sekreciji** se neke tvari iz peritubularnih kapilara aktivno izlučuju u bubrežne kanaliće te o njoj ovisi sastav definitivnog urina.

Mokraćovodi su mišićni cjevasti organi koji povezuju bubrežne zdjelice sa mokraćnim mjehurom tj. odvođe urin iz bubrega u mokraćni mjehur (1). U mokraćni mjehur ulaze sa stražnje strane tvoreći *valvulu vezikoureteralis*³ koja onemogućava povratak mokraće iz mokraćnog mjehura u mokraćovode.

Mokraćni mjehur je šuplji mišićni organ u koji je pohranjena mokraća. Može primiti 1 litru mokraće nakon čega poprimi oblik piramide (1). Nakon napunjenosti mjehura oko 800ml javlja se osjećaj potrebe pražnjenja mjehura. Na mjestu gdje iz mokraćnog mjehura izlazi mokraćna cijev nalazi se kružni mišić zatvarač mokraćnog mjehura ili *musculus sphincter urethrae (lat.)* pomoću kojega kontroliramo pražnjenje mokraćnog mjehura (1).

Mokraćna cijev može biti ženska ili muška. Ženska mokraćna cijev je dužine oko 4cm i otvara se na vanjskom ušću mokraćne cijevi na stidnici. Muška uretra je duga oko 20cm i zavijena je u obliku slova S. Nakon izlaska iz mokraćnog mjehura prolazi kroz prostatu, mišićno dno male zdjelice i kroz spolni ud te se otvara na *glans penis (lat.)*⁴ tj. vanjsko ušće mokraćne cijevi (1).

³ Jednosmjerni zalistak između mokraćnog mjehura i mokraćovoda

⁴ Glavić penisa

3. TUMORI MOKRAĆNOG MJEHURA

Hipokrat je 400 godina prije Krista skupinu oboljenja organizma nazvao tumorima ili karcinomom. Oni označavaju rast i razmnožavanje abnormalnih stanica unutar nekog tkiva probijanjem obrambenog mehanizma čovjekovog organizma. Iako riječ „tumor“ zvuči negativno, oni mogu biti maligni (zloćudni, kancerogeni) ili benigni (dobroćudni, nekancerogeni) (3). Danas dijagnoza tumora ne mora značiti smrtonosnu dijagnozu već je danas većina izlječiva ako se dijagnosticira na vrijeme, a tome pridonose važni preventivni pregledi koji su pojedinačno krenuli od 2007. godine. Iako u preventivnim programima nije obuhvaćeno rano otkrivanje raka mokraćnog mjehura, važni su u pobuđivanju svijesti nacije o bitnosti preventivnih pregleda.

Tumori mokraćnog mjehura se češće javljaju kod muškaraca nego kod žena, a čine 4,3% od svih tumora dijagnosticiranih do 2003. u Hrvatskoj, kako je dokazano u jednom od posljednjih istraživanja. Tada je dokazano da muškarci obolijevaju od raka mokraćnog mjehura više od žena u omjeru 3:1 (4).

Prema biltenu Incidencija raka u Hrvatskoj, br. 2, 2003. incidencija raka u 2001. godini je bila 18/100000. Stopa smrtnosti u 2002. godini za muškarce je iznosila 10,3, a za žene 3,5 pa se prema tome saznaje da je u 2002. godini u Hrvatskoj umrla 301 osoba uslijed karcinoma mokraćnog mjehura (5).

Čimbenici rizika za rast i razvoj tumora mokraćnog mjehura su najčešće izloženost kemikalijama, pušenje, pijenje crne kave, korištenje umjetnih sladila, prekomjerna upotreba analgetika, razne infekcija mokraćnih puteva, zračenje zdjelice itd. (5).

Prvi i najčešći simptom raka mokraćnog mjehura je makrohematurija⁵. Moguće je i otkriti mikrohematuriju⁶ ako se osoba podvrgne kvalitativnom pregledu urina u svrhu sistematskih pregleda prije nego je saznala za tumor mokraćnog mjehura. Ostali simptomi su većinom vezani za akt mokrenja: učestalo mokrenje, bolno mokrenje te nagon za mokrenje koji je neodgodiv. Simptomi se najčešće vežu za bakterijsku upalu mokraćnog mjehura, ali negativan nalaz

⁵ Krv u urinu vidljiva „golim“ okom

⁶ Krv u urinu vidljiva samo pomoću mikroskopa

urinokulture upućuje na moguće postojanje tumora. U bolesnika starijih od 50 godina, incidencija tumora sa mikrohematurijom bez simptoma je 5%, a sa mikrohematurijom sa simptomima je oko 10% (5).

Prema histološkim nalazima preko 90% svih tumora mokraćnog mjehura je karcinom prijelaznoga epitela, a ostatak je planocelularni karcinom, adenokarcinom ili metastaze drugih tumora. Karcinom mokraćnog mjehura se klasificira prema TNM klasifikaciji tumora (Tablica 1.) koja je podijeljena prema dubini invazije mokraćnog mjehura (4).

T STUPANJ	PROŠIRENOST
T_x	Primarni se tumor ne može opisati
T₀	Nema dokaza primarnog tumora
T_a	Neinvazivni papilarni karcinom
T_{is}	Karcinom in situ
T_a	Ne probija laminu propriju sluznice
T₁	Probija laminu propriju sluznice
T_{2a}	Invazija površinskog sloja mišića
T_{2b}	Invazija dubokih slojeva mišića
T_{3a}	Mikroskopska invazija perivezikalne masti
T_{3b}	Makroskopska invazija perivezikalne masti
T_{4a}	Invazija prostate, uterusa, vagine
T_{4b}	Invazija stijenke zdjelice ili abdomena

Tablica 1. TNM klasifikacija tumora mokraćnog mjehura (7)

Izvor: E. Vrdoljak, M. Šamija, Z. Kusić, M. Petković, D. Gugić, Z. Krajina: Klinička onkologija, Zagreb, 2013.

Liječenje bolesnika sa tumorom mokraćnog mjehura ovisi o kliničkom stadiju (proširenosti bolesti) i stupnju patohistološke diferencijacije tumora (5).

3.1. Metode operativnog liječenja karcinoma mokraćnog mjehura

Metoda za operativno liječenje raka mokraćnog mjehura je mnogo te se za svakog pacijenta individualno odlučuje koja je metoda za njegovu vrstu karcinoma odgovarajuća.

Površinski tumor mokraćnog mjehura se većinom tretira transureteralnim endoskopskim operacijama (TUR – transureteralna resekcija). Uz to se liječi imunoterapijom (intravezikalno ubrizgavanje BCG-a) i kemoterapijom (citostaticima). Intravezikalna terapija⁷ produljuje život bez znakova bolesti i smanjuje broj recidiva (7). Elektroresekcijom se odstranjuje izraslina unutar lumena i stijenke mokraćnog mjehura te se smatra osnovnim kirurškim zahvatom u svih bolesnika sa tumorom mokraćnog mjehura (5).

Većina metoda operativnog liječenja invazivnog tumora mokraćnog mjehura obuhvaćaju razne radikalne cistektomije po raznim autorima koji su ih prvi primjenili ili prvi opisali. Radikalna cistektomija se smatra zlatnim standardom kod pacijenata sa invazivnim karcinomom mokraćnog mjehura. Zahvat podrazumijeva odstranjenje mokraćnog mjehura i okolnih organa (kod muškaraca prostate i sjemenih mjehurića, a kod žena maternice i jajnika). Mokraćna cijev se kod žena odstranjuje ako se tumor nalazi na vratu mokraćnog mjehura, a kod muškaraca ako se tumor nalazi u prostatičnoj mokraćnoj cijevi (5).

Metode derivacije urina su: inkontinentni ileum konduit (mokraćovodi implantirani u dio ileuma), kontinentni „pouch“ (ortopični mokraćni mjehur od sigme debelog crijeva), ali se danas najčešće koristi ortopični mjehur načinjen od tankog crijeva (5).

Provedeno istraživanje 2018. godine za pacijente sa „inkontinetnom“ rekonstrukcijom mokraćnih puteva (Grupa I) i pacijente sa „kontinentnom“ rekonstrukcijom (Grupa II) dokazalo je da, usporedivši njihove emocionalne, socijalne, psihološke i funkcionalne aspekte, pacijenti iz Grupe I su puno zadovoljniji u tim aspektima nego pacijenti iz Grupe II tijekom prve godine. Tijekom druge godine pacijenti iz obje grupe se približavaju u svim aspektima. Prema istraživanju obje grupe nemaju razlike u mortalitetu i postoperacijskim komplikacijama (9). Unatoč istraživanju svaki operativni zahvat je individualno ordiniran te samim time i drugačije utječe na svakog čovjeka pa se sa sigurnošću ne može reći koja metoda rekonstrukcije mokraćnih puteva je najbolja.

⁷ Terapija koja se primjenjuje direktno u šupljinu mokraćnog mjehura

4. UROSTOMA ILI URETEROILEOSTOMIJA

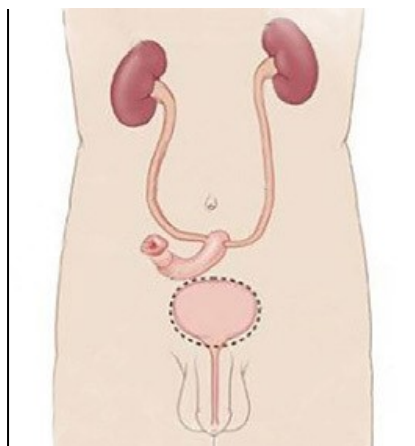
Urostoma ili ureteroileostomija je kirurški izveden dio tankog crijeva na stijenku abdomena u svrhu derivacije urina. Učinjeno je tako da oba uretera sa jedne strane ulijevaju urin u crijevo, a drugi završetak crijeva je izveden na trbušnu stijenku te to nazivamo stomom, u ovom slučaju urostomom načinjenom po *Brickeru*. U Hrvatskoj više od 4 000 ljudi živi sa nekom vrstom stome.

Smatra se da je prva kutana ureterostomija⁸ učinjena 1875. godine, dok je 1950-ih godina učinjena ureterostomija pomoću crijevnog segmenta tzv. *Bricker*. Tada su veliki problem predstavljali neadekvatni receptakulumi za pohranu mokraće koja otječe iz načinjene stome, ali suvremeni materijali i ljepila omogućili su odgovarajuće receptakulume za urin (2).

Ileum konduit ili, kako se češće naziva, „Bricker“ je metoda koja se brzo nakon što je izmišljena, počela napuštati. Razlozi su i više nego relevantni, a to je da dokazano ta metoda urološke rekonstrukcije povećava mogućnost za nastanak permanentne mokraćne fistule, a nakon nekog vremena dolazi do progresivnog zatajivanja bubrega. Metoda cistektomije po Brickeru je pogodna kod pacijenata kojima je životna prognoza kratka, a ima veliku prednost pred drugima radi cijelog sistema koji je izvan zdjelice te zračenje ne ugrožava mokraćne putove (2).

U istraživanju iz 2005. godine „Radikalno operacijsko liječenje raka mokraćnog mjehura – naša iskustva“ navedeno je kako je u razdoblju od 1972. – 2004. godine 239 pacijenata sa karcinomom mokraćnog mjehura podvrgnuto radikalnoj operaciji od čega je 183 pacijenta (76,6%) imalo učinjenu ureteroileokutaneostomiju po Brickeru zbog izbjegavanja stenoza i infekcija koje su se pojavljivale kod direktnih ureterostomija. Prednosti su mogućnost radikaliteta u zdjelici i dobra tolerancija bubrega na ovakvu vrstu derivacije urina (10).

⁸ Urostoma izvedena na kožu



Slika 3. Prikaz rekonstrukcije mokraćnih puteva po Brickeru

Izvor: <https://www.thuiszorgwinkel.be>

Najčešća indikacija za izradu stome su invazivni zloćudni tumori mokraćnog mjehura radi čega se mjehur podvrgava cistostatskoj i radiološkoj terapiji pa je urostoma jedan od načina rješavanja problema derivacije urina. Ostale indikacije su skvrčeni mjehur nakon zračenja, neurogeni mjehur, neizlječiva veziko-vaginalna fistula, ekstrofija mokraćnog mjehura. Indikacije za ovu metodu rekonstrukcije mokraćnih puteva su uz sve ovo i individualne te operater mora procijeniti opće stanje bolesnika, prognozu trajanja života te mogućnost i spremnost pacijenta za njegu stome (2).

Prema istraživanjima 2001. godine na Klinici za urologiju Kliničke bolnice „Sestara milosrdnica“ u Zagrebu i Klinici za urologiju Kliničke bolnice Osijek dokazano je da je od obavljenih 203 Brickerova, većina bila kao rješenje za mogućnost daljnjeg onkološkog liječenja proširene maligne bolesti po organima zdjelice. Od 203 učinjena Brickerova umrlo je 13 pacijenata (6,4%) od kojih su svi imali učinjenu cistektomiju, rane komplikacije je imalo njih 11 od 203, a 3,4% je dobilo kasne komplikacije (6).

Ukupno:	203 bolesnika
Mortalitet	13 (6,4%)
Rane komplikacije	11 (5,4%)
Kasne komplikacije	7 (3,4%)

Tablica 2. Ureteroileostomija (Bricker) od 1969. do 1989. (6)

Izvor: Ruđer Novak i suradnici: Trideset godina enteroplastične urološke kirurgije. Med Vjesn 2001; 33(1-4): 11-17



Slika 4. Prikaz urostome na trbušnoj stijenci sa receptakulumom za urin (8)

Izvor: <https://www.vasezdravlje.com/bolesti-i-stanja/o-stomi-s-razumijevanjem>

4.1. Rane i kasne poslijeoperacijske komplikacije

U Europi pacijenti su uvijek bili suzdržani prema permanentnoj fistuli na trbušnoj stijenci tzv. urostomi. Metoda derivacije urina prema Brickeru je pokazala svoje slabosti kao što su hipotonija crijevnog segmenta te posljedično retencija urina, učestale stenoze u području ureterointestinalne anastomoze te razne komplikacije stome (2). U daljnjem tekstu bit će objašnjene neke od ranih i kasnih komplikacija nakon kreiranja urostome.

U **rane poslijeoperacijske komplikacije** ubrajamo urinarno istjecanje, krvarenje, akutni pijelonefritis, sepsu, infekciju rane i nekrozu. Svaka rana komplikacija je posljedica kirurškog zahvata ili bilo kakvog događaja neposredno nakon učinjene operacije. Sprječavanje ranih komplikacija započinje već u preoperativnom razdoblju te se provodi i tijekom operativnog zahvata koji se izvodi tako da komplikacija bude što manje ili, ako je moguće, da ih ne bude.

Metoda rekonstrukcije mokraćnih puteva po Brickeru u pravilu daje dobre rane rezultate, a to je da se pacijentovo suburemično stanje popravlja te nestaju zastojne promjene (2).

Kasne poslijeoperacijske komplikacije stome se javljaju u 80% pacijenata, a to su:

1. progresivna dilatacija gornjih mokraćnih puteva (česta pojava tijekom druge poslijeoperacijske godine) ,
2. dilatacija i elongacija vijuge (javlja se radi usporene evakuacije, retencije mokraće te povišene reapsorpcije s poremećajem acido-bazne ravnoteže),
3. urosepsa (kronična urinarna infekcija se javlja kod svih enteroplastičnih zahvata u urologiji, a klinički se manifestira u 7-16% slučajeva),
4. ileoureteralni refluks,
5. stenoza anastomoze,
6. urolitijaza (stvaranje bubrežnih kamenaca u gornjim mokraćnim putevima nakon ove operacije nastaje kod 1,5-11,5% slučajeva) te
7. psihološki problemi (radi neprihvatanja novog načina života)
8. kožne parastomalna hernija
9. iritacije (radi različitih pomagala za stomu) (Slika 5.)
10. parastomalna hernija (Slika 6.)
11. oštećenje bubrežne funkcije
12. prolaps stome (Slika 7.)
13. uvučena urostoma (Slika 8.)



Slika 5. Kožne promjene oko stome

Izvor: S. Škevin, L. Vitas: Uloga medicinske sestre u edukaciji pacijenata s urostomom



Slika 6. Parastomalna hernija

Izvor: S. Škevin, L. Vitas: Uloga medicinske sestre u edukaciji pacijenata s urostomom



Slika 7. Prolaps urostome

Izvor:

https://www.coloplast.hr/Global/Croatia/PDF/Svakodnevni%20zivot%20sa%20stomom_Nadopuna_36%20str_02.pdf



Slika 8. Uvučena urostoma

Izvor: S. Škevin, L. Vitas: Uloga medicinske sestre u edukaciji pacijenata s urostomom

4.2. Pomagala za urostomu

Osnovna pomagala za urostomu su **receptakulumi za urin**. Oni mogu biti jednodijelni i dvodijelni. U jednodijelnom su podloška i vrećica spojene, a u dvodijelnom su odvojene te se vrećica uklapa u podlošku. Jednodijelni sustav predstavlja receptakulum za jednokratnu upotrebu jer nakon odljepljivanja podloška se više ne može zalijepiti, dok dvodijelni sustavi imaju razdvojenu vrećicu od podloške te ako je podloška čista i čvrsto zalijepljena ne mora se mijenjati, već pacijent samo mijenja vrećicu nakon toaleta stome.



Slika 9. Vrećica za urostomu sa priključkom za urinsku vrećicu



Slika 10. Podloška za vrećicu

Izvor: <https://www.coloplast.hr/proizvodi/vrecice-i-dodatni-pribor-za-stomu/>

Druga dodatna pomagala koja mogu uvelike olakšati rukovanje sa urostomom te isto tako i održavanje urostome su različiti **puderi** za okolnu kožu kako bi se smanjila iritacija kože i **vlažne maramice** koje lako odstranjuju ljepljivo koje ostaje nakon odljepljivanja podloške, **modelirajući prsteni** koji sprječavaju curenje pokraj podloške i tako uvelike pomažu pacijentima sa urostomom radi konzistencije sadržaja koji izlazi na stomu. Pacijenti sa urostomom često koriste i **pastu za stomu** koja se stavlja između podložne pločice i kože te tako stvara nepropusnu membranu te **pojas** koji se zakači na krajeve podloške te tako daje dodatnu sigurnost.

Važno je da svaki pacijent istraži sve mogućnosti za pomagala za stomu koje ima te da se odluči koja mu najbolje odgovara. Važno je educirati pacijenta o prednostima i manama svake vrste

pomagala te mu dopustiti da sam istraži koji tip pomagala je za njega i na koji način će njeogvati svoju urostomu.

4.3. Njega urostome

Edukacija o urostomi započinje onaj trenutak kada se odluči da će se pacijentu učiniti stoma te da će na taj način do kraja života njegovo tijelo derivirati urin. Prvenstveno je važno pokazati pacijentu što je stoma te na kojem će se mjestu nalaziti i kako izgledaju receptakulumi za urin te mu dopustiti pitanja ako ih ima.

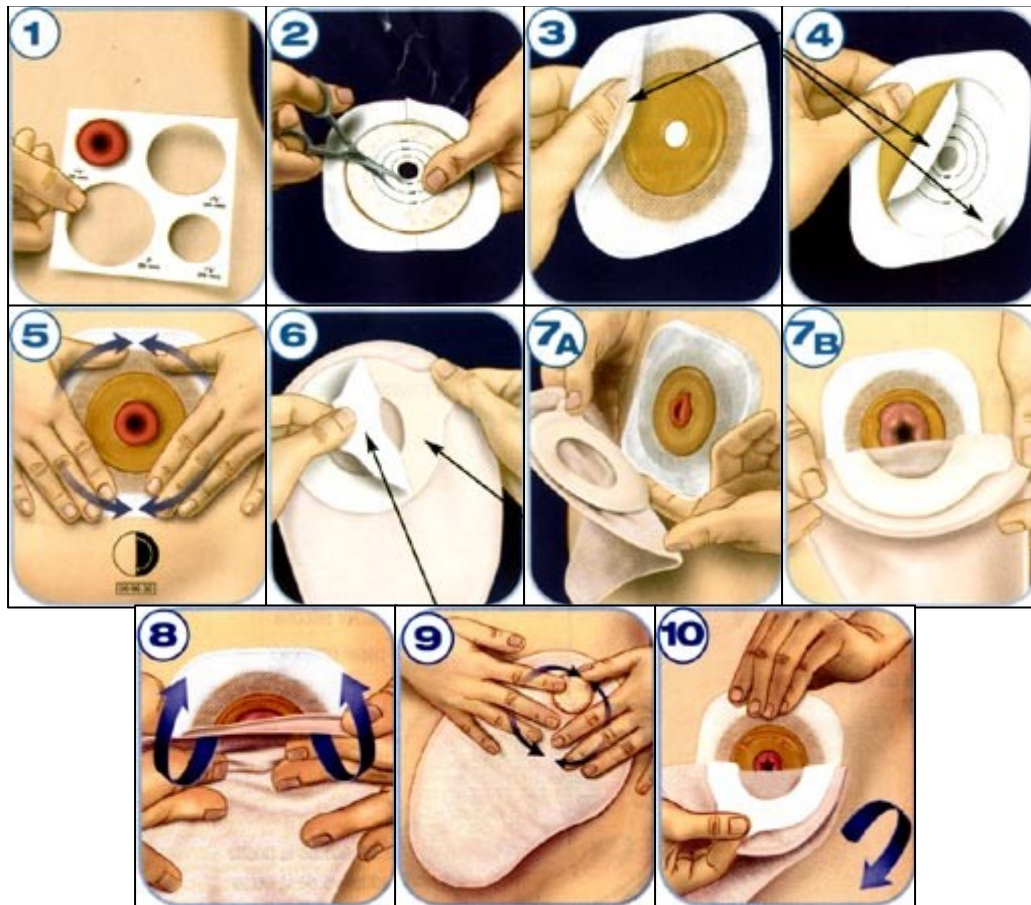
Daljnju ulogu u edukaciji pacijenta o njezi urostome ima medicinska sestra postoperativno. Važno je da medicinska sestra bude sigurna da je pacijent spreman učiti i naučiti brinuti se za stomu te da razumije ulogu urostome.

Prvih nekoliko dana postoperativnog oporavka pacijenta, medicinska sestra vrši njegu urostome te samo usmenim putem pacijentu prenosi važne korake pri njezi urostome. Na početku tek kreirane urostome česta je pojava sukrvice i sluzi te je važno svaki dan ili po potrebi više puta tijekom dana vršiti njegu stome. Nakon što je stoma očišćena važno je držati okolinu kože suhom kako bi bilo moguće zalijepiti podlošku za vrećicu. Svaka stoma je različita pa je tako i veličina individualna te radi toga svaka podloška ima mogućnost izrezivanja po određenoj veličini kako bi što bolje prijanjala uz stomu. Kada je podloška stavljena na kožu važno je duže vremena držati kako bi se zalijepila za kožu. Tijekom svog tog vremena stomu i okolinu treba držati suhom. Kada se podloška zalijepila bitno je što prije spojiti vrećicu na nju jer urin teče bez prestanka (Slika 11.). Vrećica ima nastavak za spajanje urinske vrećice te se na taj način vrećica prazni.

Postupak postavljanja receptakuluma za urin:

1. odvojiti dovoljno vremena za zamjenu vrećice
2. pripremiti sav potreban pribor
3. prema šabloni izmjeriti veličinu stome i prema tome izrezati otvor podloške za vrećicu
4. neka pacijent zauzme odgovarajući položaj (objasniti mu da kad bude mijenjao sam da je stojeći položaj najprikladniji)
5. pažljivo odlijepiti staru podlošku i propisno odložiti otpadni materijal
6. očistiti okolinu stome (otkloniti staro ljepilo, posušiti urin koji konstantno istječe, otkloniti dlake koje bi mogle smetati postavljanju podloške)

7. ukloniti zaštitnu foliju sa podloške za vrećicu te zalijepiti na suhu okolnu kožu stome (kod urostoma je lakše prije lijepljenja podloške, pričvrstiti i vrećicu kako se urin ne bi prelijevao preko podloške)
8. receptakulumi za urostomu imaju odgovarajući priključak za urinsku vrećicu pomoću čega se vrećica prazni.



Slika 11. Postavljanje dvodijelnog seta za urostomu

Izvor: <http://www.ilco.org.rs/saveti/>

4.4. Edukacija pacijenta i obitelji o njezi urostome

Edukacija ili poučavanje pacijenta i obitelji je proces kojim medicinska sestra upoznaje pacijenta i obitelj sa novonastalom situacijom objašnjavajući im važnost promjene stila života, način rukovanja sa urostomom i pomagalicama za urostomu, mjere sprječavanja i prepoznavanja

komplikacija te time ujedno i pruža psihološku potporu i potiče pacijentovu samostalnost kako bi poboljšao kvalitetu života.

Edukacija pacijenta i njegove obitelji o njezi urostome treba započeti već pri odluci da će se pacijent podvrgnuti operacijskom zahvatu nakon kojeg će imati urostomu. Važno im je, na njima razumljiv jezik, objasniti što je urostoma te što ona sve sa sobom donosi. Potaknuti pacijenta i obitelj na razmišljanje ukazujući im na prednosti i mane takvog načina života i tako im dozvoliti pitanja i razjasniti sve nedoumice koje imaju.

Iako je medicinskim sestrama koje obavljaju i zdravstvenu njegu teško provesti kvalitetnu edukaciju pacijenta i obitelji radi nedostatka vremena, važno je da se svo medicinsko osoblje uključi u edukaciju te dogovori sa obitelji u koje vrijeme tijekom dana je poželjno doći te da se edukacija provede kvalitetno. To najčešće rade glavne sestre odjela ili druge medicinske sestre koje su dovoljno stručne i imaju znanja za provesti odgovarajuću edukaciju o urostomi.

Obitelj i pacijenta je prvenstveno bitno upoznati sa izgledom urostome i njenom ulogom te uz to pomagalicama koja im se nude besplatno. Medicinska sestra im treba objasniti koja su pomagala obvezatna a koja su dodatak za lakše njegovanje urostome. Tijekom edukacije treba osigurati sav pribor te pacijentu dati sve u njegove ruke kako bi pokušao sam provesti njegu njegove stome.

Pacijenti nakon radikalne operacije prolaze proces žalovanja (poricanje, ljutnja, pregovaranje, depresija, prihvatanje). Neki pacijenti negiraju svoje stanje te se ne žele sami brinuti o stomi, u tom slučaju obitelj je ta koja se zauzima za njegu urostome. Tada je važno savjetovati pacijenta i obitelj za psihološku pomoć ako bilo koja faza žalovanja potraje duže nego bi trebala (11). Pacijentu treba objasniti da će njegov osjećaj umora i bezvoljnosti vjerojatno potrajati radi operacije koja je šok za organizam te svakoj osobi treba određeno vrijeme da se oporavi i počne novi život sa stomom.

Edukaciju treba zaključiti sa dopuštanjem pitanja i odgovarajući na svaku nedoumicu koju pacijent i obitelj imaju što se tiče života sa urostomom. Određene tvrtke koje proizvode pomagala za stome su izdali mnogo priručnika o lakšem životu sa urostomom te je važno pacijentu i obitelji dati sve upute i u takvom pisanom obliku.

5. KVALITETA ŽIVOTA PACIJENTA SA UROSTOMOM

Kvaliteta života se definira kao socijalno, psihološko i fizičko blagostanje, iako još u nekim istraživanjima postoje tvrdnje da ne postoji univerzalna definicija kvalitete života (22). Ako bi se kvaliteta života očitovala prema druženju sa obitelji, bavljenjem tjelesnom aktivnošću ili osjećaju sigurnosti u svojoj okolini, Hrvatska bi bila na vrhu ljestvice kvalitete života u EU, ali Hrvatska stoji među zadnjim mjestima kad se uzme u obzir mogućnost putovanja, odlasci na kulturna zbivanja i pohađanju tečajeva koja nisu vezana za posao prema analizi kvalitete života u Hrvatskoj i EU koju je objavio Državi zavod za statistiku 2018. godine (12). Procjena kvalitete života ovisi i o psihofizičkom sklopu svakog pojedinca (13), dok su istraživanja dokazala da je jedini aspekt kod pacijenata sa tumorom koji utječe na svaki dio kvalitete života, bol (22).

Trenutak kada se pacijentu mijenja kvaliteta života je kada saznaje dijagnozu radi koje će morati biti podvrgnut radikalnoj operaciji. Tada svaka njegova navika, stil života, se mijenjaju te se cijeli život svede na ozdravljenje ili pak produljenje života. Radi toga je važno od početka objasniti pacijentu sve njegove mogućnosti tijekom liječenja kako ne bi zaboravio sebe i svoje interese jer to je ono što kvalitetu života čini većom.

Urostoma predstavlja novi način života u koji treba ulaziti postepeno i sa razumijevanjem. Kao što je u prošlom poglavlju objašnjeno, edukacija pacijenta o urostomi mora početi odmah pri odluci o takvoj vrsti operativnog zahvata kako bi on imao vremena pripremiti se i lakše prihvatiti novonastalu situaciju. Tada je vrlo važna obitelj koja bi trebala pružati potporu i pomoći pacijentu u teškim trenucima, zato je veliki problem kada pacijenti sa urostomom žive sami te tada često traže razlog ostajanja u bolnici ili pak vraćanja u bolnicu gdje se osjećaju sigurno i gdje im netko pruža njegu i potporu, a samim time ugrožavaju sebe i svoju kvalitetu života. Kvalitetu svog života gradimo i gajimo sami.

Prema istraživanju „Health-related quality of life in patients with urostomies“ iz 2014. godine, 95% pacijenata koji su podvrgnuti radikalnoj cistektomiji i konstrukciji urostome po Brickeru tvrde da imaju zadovoljavajuću kvalitetu života: Prema tome se *ileum conduit* smatra prihvatljivom opcijom za liječenje tumora mokraćnog mjehura (14). Naime, istraživanje na temu kvalitete života pacijenata sa urostomom je provedeno 2015. godine u koje su bili uključeni 24

pacijenta kojima je konstruirana urostoma. Rezultati su pokazali da su 83,4% pacijenata nakon postavljene urostome morali promijeniti svoj način odijevanja, 91,7% su imali utjecaj na spavanje, obiteljski život i socijalne aktivnosti, a 75% pacijenata tvrdi da je urostoma imala utjecaj na njihove slobodne aktivnosti. Svi ispitanici su imali problema sa psihološkim zdravljem i seksualnom aktivnošću (15).

Pacijenti sa urostomom su od svih pacijenata sa drugim vrstama stome u najviše aspekata ograničeni radi konzistencije sadržaja koja neprekidno izlazi na urostomu.

5.1. Prehrana

Već preoperativnog dana mijenja se pacijentova prehrana. Preoperativna prehrana se sastoji od suzdržavanja od krute hrane dan prije operativnog zahvata i tekućine 8h prije operacije te čišćenja crijeva raznim pripravcima. Na dan operacije i prvi postoperativni dan pacijenta se hidrira infuzijskim otopinama. Nakon toga pacijentu se postepeno uvodi tekućina i bistre juhe, a tek nakon podnošljivosti tekuće hrane može se uvesti kašasta pa kruta hrana. Pacijentu je važno reći kako je takvo hranjenje prilagodba operiranih crijeva na hranu. Neka od komplikacija koja se javlja je paralitički ileus⁹, te ako se ileus ne primjeti na vrijeme dolazi do akutnog abdomena¹⁰.

Kada se pacijent otpušta iz bolnice važno je da zna što je poželjno jesti i kako. Savjetuje se jesti redovito manje obroke i raznoliko. Odrediti si 5 manjih obroka tijekom dana kroz koje treba konzumirati i dovoljnu količinu tekućine (više od 2 litre). Kako bi se crijeva neometano praznila i imala olakšanu peristaltiku treba jesti više kuhane hrane, a izbjegavati hranu koja napuhuje pogotovo u ranom postoperacijskom razdoblju radi osjetljivosti operativnih rana i anastomoza. Treba izbjegavati agrume, jagodasto i bobičasto voće jer oni uzrokuju zastoj stolice (16).

⁹ Potpuni izostanak peristaltike crijeva

¹⁰ Akutno stanje izazvano oboljenjem jednog ili više trbušnih organa

Preporučeni jelovnik nakon operacije:

1. Plan prehrane	
Zajuttrak	čaj, prešana šunka, žemlja
Doručak	prirodni jogurt, keks
Ručak	povrtna juha, pečeno pile, usitnjeni kuhani krumpir, kompot od jabuke
Užina	piškote
Večera	kefir i kravljji sir, kruh
Dodatna večera	pečena jabuka

Tablica 3. Plan prehrane nakon operacije 1

Izvor: https://www.coloplast.hr/Global/Croatia/PDF/Svakodnevni%20zivot%20sa%20stomom_Nadopuna_36%20str_02.pdf

2. Plan prehrane	
Zajuttrak	voćni čaj, sir tilzit, kifla
Doručak	džem, prepečenac
Ručak	juha, nabujak od mljevenog mesa, kompot od breskve
Užina	topljeni sir, žemlja
Večera	punjeni krumpir, čajni kolutići
Dodatna večera	pileći parizer, žemlja

Tablica 4. Plan prehrane nakon operacije 2

Izvor: https://www.coloplast.hr/Global/Croatia/PDF/Svakodnevni%20zivot%20sa%20stomom_Nadopuna_36%20str_02.pdf

3. Plan prehrane	
Zajuttrak	bijela kava, pecivo
Doručak	voćni frappe
Ručak	juha od kosti, varivo od tikve, kosani odrezak
Užina	puding od vanilije
Večera	žemlja punjena mesom, čaj od šipka
Dodatna večera	kompot od jabuke

Tablica 5. Plan prehrane nakon operacije 3

Izvor: https://www.coloplast.hr/Global/Croatia/PDF/Svakodnevni%20zivot%20sa%20stomom_Nadopuna_36%20str_02.pdf

Jelovnik za 2.-3. tjedan nakon operacije:

1. Plan prehrane	
Zajutrak	kakao, kifla, pureća šunka
Doručak	voćni jogurt
Ručak	pileća ragu juha, palačinke sa sirom
Užina	banana, keks
Večera	pileće hrenovke, crni kruh
Dodatna večera	sok od jabuke, slani sir

Tablica 6. Plan prehrane 2-3 tjedna nakon operacije 1

Izvor: https://www.coloplast.hr/Global/Croatia/PDF/Svakodnevni%20zivot%20sa%20stomom_Nadopuna_36%20str_02.pdf

2. Plan prehrane	
Zajutrak	voćni čaj, žemlja od pšeničnih klica
Doručak	jabuka, topljeni sir
Ručak	juha, riža, rolani svinjski odrezak
Užina	kompot od breskve, vafli sa sirom
Večera	sirni namaz (bez luka), kajzerica (pecivo)
Dodatna večera	griz na mlijeku

Tablica 7. Plan prehrane 2-3 tjedna nakon operacije 2

Izvor: https://www.coloplast.hr/Global/Croatia/PDF/Svakodnevni%20zivot%20sa%20stomom_Nadopuna_36%20str_02.pdf

5.2. Spavanje

Osobe koje dobiju urostomu su skloni vjerovati kako se nikad neće uspjeti naviknuti na nju i živjeti kao prije. Neki pacijenti zbog stome izbjegavaju noćenje izvan svog doma što ne bi trebalo biti razlog ako se učini dobra njega urostome. Problemi nastaju kada osoba zbog urostome izgubi samopouzdanje, samopoštovanje te mu se iskvari slika o samome sebi.

Nakon operacije pacijenti se mogu žaliti na nesanicu. To je rezultat navike spavanja od ranije te sada kada znaju da na trbuhu imaju vrećicu za urostomu, operativnu ranu i uz to osjećaju postoperativne bolove, narušava im se san i spavanje iako osjećaju umor i iscrpljenost. Važno je

pacijentu suzbiti bolove te mu na adekvatan način omogućiti kvalitetan san i odmor. Danas kada bolnice u Hrvatskoj na odjelima imaju prekomjerni broj pacijenata, teško je pacijentu osigurati mir i adekvatne uvjete za noćni odmor te mnogi pacijenti posežu za medikamentoznom terapijom za opuštanje i lakše usnivanje.

Na temu kvalitete sna pacijenata sa urostomom provedeno je istraživanje 2017. godine u Japanu pod nazivom „Health-Related Quality of Life and Sleep Disorders in Patients With a Urostomy: Is There a Relationship?“. Istraživanjem se usporedila kvaliteta sna između pacijenata sa urostomom i ostale populacije Japana. Rezultati su pokazali da osobe sa urostomom imaju značajno nižu kvalitetu sna od ostale populacije koja je sudjelovala u istraživanju (17).

5.3. Radni odnos

Zloćudni tumor mokraćnog mjehura je češći 4 puta kod muškaraca nego žena, a javlja se kod osoba starijih od 65 godina (71% bolesnika) (18).

Podatak da većina pacijenata ima više od 65 godina znači da nisu u radnom odnosu, ali postotak od 29% pacijenata koji imaju manje od 65 godina samim tim govori da su moguće i dalje u radnom odnosu.

Nakon radikalne operacije i konstruirane urostome strogo je zabranjen težak fizički rad i podizanje teških predmeta radi smanjenja mogućnosti postoperativnih komplikacija. Tek nakon nekoliko mjeseci ili čak godinu dana, moguć je umjeren fizički rad kada mišići trbušne stijenke srastu i ojačaju (16). Ako osoba sa urostomom ima uredski ili bilo koji posao koji ne zahtjeva fizički rad, u skladu sa svojim općim stanjem, može nastaviti raditi. Preporuča se povratak na posao nakon 8-12 tjedana iza operacije iako je to individualno, te bi se po povratku na posao moglo zatražiti kraće radno vrijeme.

5.4. Svakodnevne aktivnosti

Osoba koja je nedavno dobila urostomu, radi operacije se još osjeća iscrpljeno i često bezvoljno pa izostavlja hobije i aktivnosti kojima se bavila prije operacije. Stoma ne treba sprječavati u kretanju, bavljenju sportom ili nekim drugim aktivnostima koje ne uzimaju u obzir težak fizički rad.

Ono što osoba sa urostomom ne bi smjela izbjegavati je kupanje. Treba im objasniti da sa urostomom se mogu nesmetano tuširati, ali izbjegavati gelove za tuširanje koji sadrže kremu jer se teško odstranjuju sa kože kako poslije ne bi bilo problema sa postavljanjem podloške za vrećicu za urostomu.

Svaka aktivnost je moguća uz urostomu, samo je važno osjeća li se pojedinac sposobnim za obaviti neku tjelovježbu ili manje težak fizički rad.

5.5. Ljubavni odnosi

Vrlo važna stavka kod mladih ljudi koji dobiju urostomu su ljubavna veza i začće. Tijekom svog tog razdoblja liječenja važno je da partner/ica u vezi bude podrška i sve nedoumice rješavaju zajedno. Često se mlade osobe sa urostomom srame stupiti u intimne odnose misleći da partneru/ici smeta urostoma. Radi toga je važno razgovarati kako bi se utvrdilo ima li u vezi situacija koje ne funkcioniraju radi urostome.

Prije začća se treba savjetovati sa liječnikom radi genetskih nasljedstva i terapije koju prima osoba sa urostomom, ali funkcionalno osobe sa urostomom mogu imati djecu. Urostoma nije prepreka u začću ili trudnoći.

5.6. Udruge pacijenata sa stomom

U Hrvatskoj živi 7 000 pacijenata sa nekom vrstom stome. Prema epidemiološkim pokazateljima, od 3 000 pacijenata koji obole od raka debelog crijeva, 2 000 završe smrtnim ishodom (21). U Hrvatskoj je veliki naglasak na rak debelog crijeva te na kolostome, iako je i pojavnost raka mokraćnog mjehura u porastu.

Pacijenti sa stomom se diljem Hrvatske mogu učlaniti u skupnu organizaciju svih invalidskih društava i stoma klubova – ILCO. Pomoću te organizacije moguće je dobiti savjete o njezi stome i nabavi pomagala za stomu, pravima pacijenata sa stomom i sl.

ILCO savez sa HZJZ – om svake godine, u desetak gradova Hrvatske, u susret Danu plavih irisa organiziraju javnozdravstvenu akciju kako bi se podigla svijest prvenstveno o raku debelog crijeva i postojanju stome te o važnosti preventivnih pregleda (19).

6. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U POBOLJŠANJU KVALITETE ŽIVOTA PACIJENTA SA UROSTOMOM

Korijeni utjecaja medicinskih sestara na doprinos u zdravstvenoj skrbi potječe još od doba Florence Nightingale. Ona je spoznala kako svojim vještinama i znanjem može poboljšati pacijentovo zdravlje te je vjerovala kako je važno, uz pacijentovu bolest, pratiti i njegovo fizičko i psihičko stanje. Medicinske sestre su te koje se u radu trebaju voditi definicijom zdravstvene njege po Virginiji Henderson (20).

Poboljšavanje kvalitete života pacijenta koji će dobiti urostomu počinje preoperativno kada medicinska sestra treba objasniti pacijentu svaki postupak koji ga čeka te ga ohrabriti. Važno je da medicinska sestra bude otvorena za sva pitanja te da pacijent može izreći ono što ga zanima ili muči. Medicinska sestra je ta koja će pacijenta i obitelj educirati o urostomi te će u nju imati najviše povjerenja.

Pacijentima sa urostomom je važno naglasiti njihova prava koja imaju kao nosioci urostome, treba ih uputiti u određene udruge za pacijente sa urostomom gdje mogu, i van bolnice, saznati sve što ih zanima o njihovim mogućnostima u životu sa stomom. Stručni savjeti, brošure i drugi tiskani oblici edukacije te trajna edukacija imaju veliku ulogu u poboljšanju kvalitete života tih pacijenata.

Kao što je navedeno, u istraživanju je dokazano da bol utječe na svaki aspekt kvalitete života, te u tom području medicinska sestra ima veliku ulogu. Medicinska sestra u konzultaciji sa liječnikom može dogovoriti analgetsku terapiju za svakog pojedinog pacijenta te mu na taj način prvenstveno ublažiti bol. Važno je pacijenta poticati da isproba različite položaje u kojima će se osjećati ugodno i u kojem neće, ili će manje, osjećati bol. Medicinska sestra je ta koja će predložiti da se pacijenta uputi u ambulantu za bol ako je to potrebno. Poboljšanje kvalitete života se smatra disciplinom svake medicinske sestre (22).

7. ZAKLJUČAK

U Republici Hrvatskoj tumori postaju sve veći javnozdravstveni problem. Po smrtnosti stoje na drugom mjestu, odmah nakon srčanih bolesti. Tumori imaju mnoge rizike faktora sa kojima se udružuju i genetski čimbenici koji ih potiču, a samom svojom pojavom i načinima dijagnostike i liječenja iscrpljuju zdravstveni sustav.

Dva posto od svih malignih tumora čine tumori mokraćnog sustava od kojih je najčešći tumor mokraćnog mjehura. Od tumora mokraćnog mjehura češće obolijevaju muškarci nego žene, najčešće stariji od 65 godina. Svojom tendencijom invazije u sluznicu i metastaziranja limfogeno i hematogeno te kasnom pojavom simptoma hematurije čine veliki problem u ranoj dijagnostici. Radi toga je važno provođenje sistematskih pregleda ugroženih skupina te time rano otkrivanje bolesti. Kada je bolest već metastazirala, pacijent se podvrgava radikalnoj operaciji. U ovom radu je objašnjena metoda rekonstrukcije mokraćnih puteva po Brickeru koja ima svoje mane i prednosti. Prednosti se odnose na jednostavnost zahvata i lakšeg tretiranja metastaziranog tumora u zdjelici, a mane su da postoji mogućnost pojave zatajivanja bubrega i permanentne mokraćne fistule.

Od kad je ova metoda osmišljena pacijenti su imali negativno mišljenje o trajnom nošenju vrećice na trbuhu, ali danas u Hrvatskoj postoji oko 4 000 osoba sa nekom vrstom stome izvedene na stijenku trbuha. Iako je rješenje za karcinom mokraćnog mjehura i često opcija za spasiti život, urostoma predstavlja prijetnju za kvalitetu života pacijenta. Tada veliku ulogu ima medicinsko osoblje, a prvenstveno liječnici i sestre koji pacijenta moraju provesti kroz kvalitetnu preoperativnu pripremu i time ga pripremiti na sve što dolazi. Nakon operacije medicinska sestra ima ulogu upoznavanja pacijenta sa tehnikama njege urostome, a tu je važno i uključiti obitelj kako bi pacijent imao potporu. Pacijent sa urostomom bi iz bolnice trebao izaći sa znanjem da si može sam provesti njegu urostome. Od skidanja vrećice, čišćenja okoline stome te postavljanja nove podloške i vrećice te pražnjenje iste. Udruge pacijenata sa stomom su od velike važnosti. Pružaju pomoć u njezi stome, nabavke potrebnog pribora te ukazuju na prava pacijenata sa stomom. U Hrvatskoj je potrebno povećati svijest o osobama sa stomom i samim time im poboljšati kvalitetu života i življenja.

8. LITERATURA

1. N. Kovačić, I.K. Lukić: Anatomija i fiziologija, Zagreb, 2006.
2. D. Kröpfl, R. Novak, A. Tucak i suradnici: Rekonstrukcijska urološka kirurgija, Zagreb, 1999.
3. <http://www.onkologija.hr>
4. Dalibor Šimunović i suradnici: Pregled liječenja i epidemioloških obilježja u bolesnika liječenih zbog tumora mokraćnoga mjehura, pijelona i uretera u zadnjih 10 godina na Klinici za urologiju, Kliničke bolnice Osijek. Med Vjesn 2005; 37(1-4): 63-66 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/190877>
5. T. Šoša, Ž. Sutlić, Z. Stanec, I. Tonković i suradnici: Kirurgija, Zagreb, 2007.
6. Ruđer Novak i suradnici: Trideset godina enteroplastične urološke kirurgije. Med Vjesn 2001; 33(1-4): 11-17
7. E. Vrdoljak, M. Šamija, Z. Kusić, M. Petković, D. Gugić, Z. Krajina: Klinička onkologija, Zagreb, 2013.
8. <https://www.vasezdravlje.com/bolesti-i-stanja/o-stomi-s-razumijevanjem>
9. Ahmed M.Moeena, Ahmed S.Safwata, Mohamed M.Gadelmoulaa, Seham M.Moeenb, Ahmad Elbadry I.Abonnoora, Walid M.Abbasa, Ehab O.ElGanainya, Ahmed M.El-Tahera Health related quality of life after urinary diversion. Which technique is better?, J Egypt Natl Canc Inst. 2018 Sep;30(3):93-97. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1110036218300438?via%3Dihub>
10. Anton Maričić i suradnici: Radikalno operacijsko liječenje raka mokraćnog mjehura – naša iskustva Med Vjesn 2005; 37(1-4): 53-58 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/281404>
11. M. Havelka: Zdravstvena psihologija, Zagreb, 2009.
12. <http://www.poslovni.hr/hrvatska/kvaliteta-zivota-u-3-stvari-hrvatska-je-u-europskom-vrhu-344328>
13. <http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=34866>
14. Gomez A., Barbera S., Lombraña M., Izquierdo L., Baños C.: Health-Related Quality of Life in Patients With Urostomies J Wound Ostomy Continence Nurs. 2014 May-Jun;41(3):254-6. Posjećeno dana 20.08.2019. na mrežnoj stranici PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24805177>

15. Pazar B., Yava A., Bařal ř.: Health-Related Quality of Life in Persons Living With a Urostomy J Wound Ostomy Continence Nurs. 2015 May-Jun;42(3):264-70. Posjećeno dana: 17.8.2019. na mrežnoj stranici PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25945824>
16. https://www.coloplast.hr/Global/Croatia/PDF/Svakodnevn%20zivot%20sa%20stomom_Nad_opuna_36%20str_02.pdf
17. Furukawa C., Morioka I.: Healt-Related Quality of Life nad Sleep Disorders in Patients With a Urostomy: Is there a Relationship? J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017 Jul/Aug;44(4):358-362. Posjećeno dana: 20.08.2019. na mrežnoj stranici PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28549047>
18. ř. Fućkar, J. řpanjol i suradnici: Urologija II. (specijalni dio); Medicinski fakultet Sveučiliřta u Rijeci, 2013.
19. <https://www.ilco.hr/index.php>
20. http://www.zzjzpgz.hr/nzl/80/njega_bolesnika.htm
21. <https://www.ilco.hr/index.php/2013-11-19-17-05-57/o-savezu>
22. M. Lavdaniti, N. Tsitsis. Definitions and Conceptual Models of Quality of Life in Cancer Patients . Health Sci J 2015; 9(2-6) Posjećeno dana: 25.08.2019. na mrežnoj stranici Health Science Journal: <http://www.hsj.gr/medicine/definitions-and-conceptual-models-of-quality-of-life-in-cancer-patients.php?aid=5189>

9. PRILOZI

Prilog A: Tablice

Tablica 1. TNM klasifikacija tumora mokraćnog mjehura (7).....	7
Tablica 2. Ureteroileostomija (Bricker) od 1969. do 1989. (6).....	10
Tablica 3. Plan prehrane nakon operacije 1.....	20
Tablica 4. Plan prehrane nakon operacije 2.....	20
Tablica 5. Plan prehrane nakon operacije 3.....	20
Tablica 6. Plan prehrane 2-3 tjedna nakon operacije 1.....	21
Tablica 7. Plan prehrane 2-3 tjedna nakon operacije 2.....	21

Prilog B: Slike

Slika 1. Anatomija mokraćnog sustava.....	2
Slika 2. Anatomija bubrega	4
Slika 3. Prikaz rekonstrukcije mokraćnih puteva po Brickeru	10
Slika 4. Prikaz urostome na trbušnoj stijenci sa receptakulumom za urin (8).....	11
Slika 5. Kožne promjene oko stome	12
Slika 6. Parastomalna hernija.....	13
Slika 7. Prolaps urostome	13
Slika 8. Uvučena urostoma	13
Slika 9. Vrećica za urostomu sa priključkom za urinsku vrećicu	14
Slika 10. Podloška za vrećicu	14
Slika 11. Postavljanje dvodijelnog seta za urostomu.....	16

10. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

IME I PREZIME: Irma Kahrimanović

Datum rođenja: 02.01.1996.

Mjesto rođenja: Rijeka, Hrvatska

Adresa: Primorska 33, Rijeka

Email: kahrimanovicirma347@gmail.com

Kontakt: 099 4095 284

Obrazovanje

2002. – 2010. Osnovna škola „Srdoči“, Rijeka

2010. – 2015. Medicinska škola u Rijeci, Rijeka

2015. – 2019. Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci, preddiplomski stručni studij sestrinstva

Radno iskustvo

09/2017 – 01/2019 Klinika za urologiju, KBC Rijeka, lokalitet Sušak

01/2019 – danas Objedinjeni hitni bolnički prijam, KBC Rijeka, lokalitet Sušak